LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique Chirurgicale : Des associations polynévritiques, par le Dr E. Verrier, p. 17. — Vaccine éruptive généralisée. Mort consécutive, par le Dr Hugues (de Saïda), p. 20. — **Bibliographie** : La diphtérie, p. 21. — **Revue de la presse** : Tremblement syphilitique. p. 22. — **Académie de médecine** : *Séance du 10 janvier* 1899. — Présidence de M. Panas. — Danger de la médication thyroïdienne, p. 23. — Corps étranger de l'œsophage. p. 23. — Distribution géographique de la peste en Afrique et en Asie, p. 23. — Chirurgie de l'estomac, p. 23. — Chirurgie nerveuse, 24. — **Société de chirurgie** : *Séance du 11 janvier* 1899. — Présidence de M. Berger, p. 24. — Traitement de l'appendicite. p. 24. — Pneumocèle sus-auriculaire. — Suite de trépanation pour abcès pétreux, p. 24. — Kysta hydatique du foie guéri par le capitonnage de la poche, p. 24. — Pylorectomie. Guérison, p. 24. **Société médicale des Hopitaux**, *Séance du 6 janvier* 1899. — Présidence de M Raymond, p. 24. — Méninginte cérébro-spinale épidémique, p. 24. — Périgastrique douloureuse consécutive à un ulcère simple, 25. — Végétations épithéliomateuses de l'estomac, p. 25. — Maladie bleue avec transposition des viscères, p. 25. — **Congrès de chirurgie** : 12e *Session tenu à Paris du* 17 au 22 *octobre* 1898. (*Suite et fin*), p. 25. — Relations des myélomes avec les xanthomes, p. 25. — Hernie étranglée gangrenée, p. 25. — Spina ventosa tuberculeux p. 26. — Traitement chirurgical des varices, p. 26. — Etiologie clinique, anatomie pathologique au point de vue du traitement des varices, p. 26. — Mobilisation précoce apres toutes les opérations destinées à restituer les mouvement normaux desarticulations ou à créer des articulations nouvelles, p. 26. — De l'ablation des fibromes par l'hystérectomie vaginale (statistique personnelle), p. 27. — Observations d'hystérectomies abdominales totales et supra-vaginales, p. 27. — Ulcères perforants de l'estomac, p. 27. — **Memento pratique** : Le senneçon en thérapeutique, p. 27. — **Variétés** : L'abbé rebouteur Crud, p. 28. — Hygiène rurale, p. 29. — **Nouvelles**, p. 31.

CLINIQUE MÉDICALE

Des associations polynévritiques,

par le Dr E. Verrier.

Etant donnée une polynévrite, il est parfois difficile en clinique : 1° de constater la coexistence d'une ou de plusieurs autres polynévrites; 2° de rapporter à chaque espèce de névrite les syndromes qui lui sont propres. On connaît trop les symptômes de la névrite alcoolique pour que je les résume ici. Cette polynévrite peut d'ailleurs servir de type à presque toutes les autres. Les différences ne résident que dans quelques points qui, d'ailleurs, se rencontrent fréquemment dans d'autres polynévrites et rendent par cela même le diagnostic des associations polynévritiques si difficile.

Avant de résumer ces différences dans un exposé comparatif, je vais reproduire ici une observation de polynévrite alcoolique que j'emprunte à la deuxième série de la *Clinique des maladies nerveuses* de M. le professeur Raymond (1897, p. 144).

Cette observation servira de point de comparaison pour les symptômes des différentes polynévrites que je résume plus loin.

Première observation.

Polynévrite alcoolique (résumé).

Homme de 57 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Venu à Paris à 16 ans exercer sa profession de coiffeur. Il n'a pas cessé depuis ce temps de faire abus des boissons alcooliques. Outre le vin qu'il buvait à ses repas en grande quantité, il absorbait dans l'intervalle de l'eau-de-vie, de l'amer Picon, du vermouth, mais peu d'absinthe.

Il s'est néanmoins bien porté jusqu'à 42 ans, sauf deux affections aiguës dont il guérit. Les premiers symptômes de l'alcoolisme se présentèrent en 1881, sous forme de gastrite chronique; en 1887, il survint une énorme pituite.

Entre temps, le malade avait continué son petit manège tout en étant au régime lacté. En 1892, à la suite de grandes fatigues et de faiblesse dans les membres inférieurs, il fut obligé d'abandonner son métier de coiffeur. Les douleurs s'étendirent dans le genou et le mollet du côté droit; un mois plus tard le côté gauche fut envahi à son tour. Quinze jours après, le pied gauche était ballant et au bout de deux mois, ce fut le tour du pied droit.

Bref il y avait paralysie des extenseurs, abolition des réflexes rotuliens, hypéresthésie cutanée, troubles trophiques des ongles et de la peau. Malgré cela l'atrophie musculaire était peu prononcée. Il y avait réaction de dégénérescence. L'électricité procura au début un certain soulagement. Mais en janvier 1893, recroquevillement des tendons des membres inférieurs, immobilisation des pieds dans la position varus équin. L'année suivante rétraction de l'aponévrose palmaire. En septembre, on pratique la résection des tendons; pose d'un appareil et trois mois après le malade peut recommencer à marcher un peu.

Le régime hospitalier s'opposant à la continuation de son penchant favori, les souffrances spontanées disparurent à l'exception de celles du bord externe du pied. Au-dessus, le long de la jambe persiste encore une grande sensibilité. Mais du côté des muscles, on ne constate ni atrophie, ni modifications des réactions électriques. Néanmoins le malade steppe encore un peu en marchant quoique la forme des pieds soit normale en apparence.

Bref il peut être considéré comme guéri.

J'estime que cette observation vaudra mieux que toutes les descriptions possibles, car le lecteur prend pour ainsi dire les choses sur le fait.

Avant de rapporter d'autres observations de polynévrites moins connues que la précédente, nous allons

exposer brièvement les symptômes principaux : 1° de la polynévrite tuberculeuse; 2° de la diphtéritique; 3° de la saturnine; 4° de la lépreuse; 5° de la sulfocarbonée; 6° de la paludéenne et 7° de la typhique.

J'ai publié ailleurs un article sur l'amnésie alcoolique, je relate plus loin une observation d'association polynévritique, et quant aux autres associations, le lecteur suppléera, avec le tableau comparatif des symptômes de chaque polynévrite, aux observations d'autres associations que le défaut de place ne nous permet pas d'insérer.

Quant aux modalités cliniques de la polynévrite alcoolique, qu'il me suffise de rappeler la forme sensitive, celle du pseudo tabes, longtemps confondue avec le tabes vrai, la forme de poliomyélite antérieure et la psychose polynévritique. Enfin, je signale aux lecteurs la paralysie de Landry comme ayant une étroite parenté avec la polynévrite aiguë généralisée.

1° *Polynévrite tuberculeuse.* — Tous les symptômes de la tuberculose attireront d'abord l'attention du praticien. Si, pendant la durée de cette maladie, le sujet, non alcoolique d'ailleurs, présente de la courbature subite, une grande maladresse des doigts, une atrophie consécutive des petits muscles de la main avec parésie motrice et analgésie des membres supérieurs, il y a de grandes chances pour le développement d'une polynévrite.

Le diagnostic sera à peu près confirmé lorsque les membres inférieurs se prendront à leur tour. En outre, on constate des troubles psychiques, moteurs et sensitifs, dus en partie à des localisations secondaires du bacille de Koch sur les méninges, le cerveau ou la moelle.

2° *Polynévrite diphtéritique.* — A la suite de la diphtérie il peut y avoir paralysie sans altération des troncs nerveux.

Mais Gombault a souvent constaté dans ces cas la névrite périaxile. On la produit d'ailleurs expérimentalement chez les animaux, ce qui prouve sa nature toxique. Elle est plus commune dans l'âge adulte que dans l'enfance. Elle débute huit à quinze jours après la guérison, elle est donc bien secondaire.

On constate alors des troubles de la motilité du voile du palais, parfois des lèvres, des joues, de la langue et du pharynx.

Ensuite les membres inférieurs se prennent, il y a de la gêne dans la marche, du steppage ; les muscles des bras, puis ceux du cou sont successivement atteints.

L'amyotrophie est rare, au pis aller elle est faible et nullement comparable à celle de la polynévrite alcoolique ou saturnine.

Pas de rétractions fibro-tendineuses, mais en revanche on constate des troubles locomoteurs ataxiformes et des troubles de la sensibilité. L'anesthésie est plus marquée aux extrémités, notamment à la plante des pieds. Le signe de Romberg est fréquent.

Fourmillements et engourdissement, les douleurs réelles sont très rares. Mais il y a des troubles visuels, et un affaiblissement de la vue, quelquefois du strabisme et du ptosis.

Troubles trophiques exceptionnels, cependant des lésions gangreneuses ont été signalées.

Frigidité et impuissance génitales, faiblesse intellectuelle sans psychose.

Evolution rapide. La guérison est la règle.

3° *Polynévrite saturnine.* — Influence professionnelle ou étiologie alimentaire.

Les membres supérieurs en sont le siège de prédilection.

La polynévrite existe le plus souvent du côté droit, sauf chez les gauchers, mais elle peut être bilatérale et symétrique. Elle débute par les doigts qui tiennent le pinceau ou les caractères d'imprimerie.

Douleurs vives quasi-fulgurantes sur le trajet des nerfs, puis troubles de la motilité, mais peu intenses, quelquefois nuls.

Anesthésie rare, sauf quand la névrite a atteint les membres inférieurs.

La paralysie saturnine s'accompagne d'amyotrophie et celle-ci précède souvent celle-là.

On en connaît trois types :

a) L'anti-brachial (le plus fréquent).

b) Le type Aran Duchenne, et

c) Le type brachial.

Quelquefois la paralysie atteint le larynx et parfois se généralise plus ou moins rapidement.

Il y a diminution ou abolition des réflexes, troubles vaso-moteurs, refroidissement des membres, cyanose, tumeur dorsale du métacarpe, et gonflement de la tête des métacarpiens. Troubles oculaires. L'évolution peut être aiguë et dès lors fébrile.

La paralysie du diaphragme, des intercostaux, du larynx, etc., donne lieu à de la dyspnée, de l'aphonie. En somme, elle ressemble assez à la polynévrite alcoolique, mais le pronostic est plus bénin.

Nous en avons établi ailleurs le diagnostic différentiel.

Les récidives sont fréquentes si le sujet ne change pas de profession et dans ce cas elles deviennent de plus en plus graves.

4° *Polynévrite lépreuse.* — Substratum anatomique principal de la forme nerveuse de la lèpre.

Les troubles moteurs sensitifs et trophiques sont engendrés par les lésions des nerfs et peut-être aussi par des altérations périphériques, les taches, les macules, sont causées par l'action directe du bacille de Hansen sur la peau.

Hyperesthésie partielle et douleurs intenses paroxystiques ; anesthésie localisée aux pieds, aux mains, aux avant-bras et à la face ; quelquefois l'anesthésie s'étend à tout un membre et atteint les parties profondes.

Tous les modes de sensibilité peuvent être abolis et il n'est pas excessivement rare de rencontrer la dissociation syringomyélique. Paralysie et amyotrophie des régions supérieures du corps et en particulier des

petits muscles de la main qui peut affecter la forme de griffe.

Les extenseurs se prennent, puis successivement le biceps, le deltoïde, etc. Les muscles de la face eux-mêmes peuvent être atteints ; ptosis de la paupière supérieure, ectropion de l'inférieure. Chauffard a noté l'ophtalmoplégie externe. Tous les muscles innervés par le facial inférieur peuv ent être atteints.

Consécutivement les membres inférieurs sont envahis, notamment le pied et la région antéro-externe de la jambe.

Troubles trophiques de la peau, des ongles, maux perforants, nécroses osseuses, chute des phalanges ; quelquefois résorption des parties charnues sans ulcérations.

Enfin, nodosités, névromes, renflements fusiformes sur les trajets nerveux, notamment dans la région du cubital.

Durée longue (20 ans en moyenne) ; cachexie finale et infections secondaires souvent mortelles. Il est impossible de confondre cette névrite avec la névrite alcoolique. Celle produite par le béribéri a des symptômes encore plus dissemblables. Mais la polynévrite lépreuse se rapproche de la maladie de Morvan. Cependant les faits cliniques différencient ces deux affections. D'ailleurs dans la maladie de Morvan on n'a jamais constaté la présence du bacille de Hansen.

5° *Polynévrite sulfo-carbonée.* — M. Raymond a mis en lumière la symptomatologie de la polynévrite d'origine sulfo-carbonée.

Il ressort de ses travaux que le lieu par lequel a pénétré le toxique joue un rôle important dans la succession et l'évolution des accidents qui sont loin d'être les mêmes dans chaque cas. Aussi n'en retiendrons-nous que les principaux : la profession (celles où l'on manie le sulfure de carbone), maux de tête dans la région temporale, douleur à la nuque, vertiges, bourdonnements d'oreilles, phosphènes ; si on persiste dans le même travail, nausées et vomissements. Anorexie consécutive, amaigrissement, constipation. Délire violent, hallucinations de la vue et de l'ouïe, tremblement des mains, douleurs musculaires, troubles moteurs.

Tout contact de la peau développe comme une sensation électrique et laisse une tache bleue persistant vingt-quatre heures.

Si le malade ne cesse pas son travail, il survient des syncopes, des pertes de connaissance qui se prolongent plusieurs heures et peuvent donner lieu aux accidents les plus graves.

Ce qui précède est tellement différent de ce qui se passe dans la polynévrite alcoolique, qu'un supplément d'explication est superflu.

Polynévrite paludéenne. — Ici encore, les origines du malade, les pays qu'il a habités et les commémoratifs, mettront le praticien en garde contre toute erreur possible.

Voici, du reste, les traits principaux de cette polynévrite d'ailleurs rare dans nos climats.

Après un séjour plus ou moins prolongé dans les colonies palustres et des fièvres d'accès soignées par le sulfate de quinine à haute dose, survient une paralysie flasque, indolente, des membres inférieurs, puis retour à la santé relative. Mais bientôt de nouveaux accès se déclarent et la parésie reparaît avec les mêmes caractères, le faciès s'amaigrit, diminution de la force musculaire des membres supérieurs, inégalité dynamométrique sensible.

Troubles moteurs des membres inférieurs, qui, au repos, sont en flexion. Les rétractions fibreuses faciles, les pieds tombent, les seuls mouvements de latéralité volontaires persistent.

La flexion forcée donne des douleurs au mollet. Les orteils sont fléchis vers la plante, leur redressement est douloureux ; atrophie musculaire diffuse, desquamation épidermique, troubles vaso-moteurs, sueurs locales. Pas de douleurs spontanées, mais au contact seulement.

Avec cela, conservation des sensations tactiles, mais sensibilité thermique émoussée, notamment aux pieds, aux jambes et jusqu'aux genoux, poussée parfois jusqu'à l'analgésie complète. Affaiblissement des réflexes tendineux, fonctions physiologiques normales, sommeil bon, mais souvent surdité par abus de la quinine.

Si, ce qui arrive aux colonies, le malade est un buveur, quelques symptômes de la polynévrite alcoolique peuvent se mêler à ceux ci-dessus. Mais, d'une manière générale, la distinction en est facile, malgré l'amnésie qui existe à peu près semblable dans les deux cas.

Polynévrite typhique. — Ici le diagnostic différentiel est facile, puisque cette polynévrite secondaire succède à la fièvre typhoïde, comme la polynévrite diphtéritique succède à la diphtérie.

Elle apparaît le plus souvent après les rechûtes de la dothinentérie lorsque, dans la convalescence de la première attaque, on a cru devoir insister prématurément sur un régime trop reconstituant.

La polynévrite commence alors par les membres inférieurs, elle s'accompagne de fourmillements sans douleurs, se manifeste par la forme parétique compliquée rapidement d'atrophie.

Les muscles sacro-lombaires se prennent, le malade ne peut plus s'asseoir, la vessie est également touchée, mais les membres supérieurs et la face restent indemnes.

Sommeil et appétit bons, digestions faciles. La vessie qui avait été troublée au début a repris ses fonctions et celles du rectum restent normales.

La sueur est abondante aux membres inférieurs. Les réflexes tendineux abolis. Les mouvements de latéralité des pieds, contrairement à ce qui existe dans la polynévrite paludéenne, sont abolis.

Pas de troubles trophiques des ongles, ni du système pileux, sauf la chute des cheveux. Réaction de dégénérescence peu marquée.

Du reste ces troubles sont plus ou moins accusés, suivant l'intensité de la maladie toxique primitive et la résistance du sujet.

Telles sont les modalités symptomatologiques des différentes polynévrites.

Avec cela, il me semble que le praticien le plus étranger aux maladies nerveuses pourra établir, non seulement le diagnostic d'une polynévrite donnée, mais qu'il pourra distinguer en outre — malgré la difficulté de la diagnose — ce qui, dans une association polynévritique, ressort à telle ou telle polynévrite.

Nous ne donnerons qu'un seul exemple de ces associations, mais il est des plus difficiles, nous l'empruntons encore au livre déjà cité de M. Raymond, p. 127.

2e OBSERVATION (résumé).

ssociation d'une polynévrite alcoolique avec une polynévrite tuberculeuse chez le même sujet.

Homme 31 ans. Pas de renseignements sur ses antécédents. Santé délicate, c'est un tousseur.

Depuis l'âge de 17 ans, cet homme avait pris l'habitude de boire. Il exerce la profession de tourneur.

En décembre 1894, il avait alors 27 ans, sa toux est devenue plus intense et ne l'a plus quitté. Depuis quelques mois elle a même pris un caractère inquiétant. La tuberculose s'affirme.

Au mois d'avril 1895, forte courbature dans tous les membres, grande maladresse, sorte d'ataxie des membres supérieurs. Le malade ne peut se boutonner ni rouler sa cigarette. Il est forcé d'interrompre son travail.

On constate de la paralysie des extenseurs des doigts ; mains tombantes et pieds également. Impulssance motrice complète.

A cette époque le malade ne buvait pas moins de 2 litres de vin par jour,2 absinthes et plusieurs petits verres d'eau-de-vie.

Précédemment il avait bu jusqu'à 6 et 8 verres d'absinthe dans la même journée.

Il se croyait donc relativement sobre.

A son entrée à la Salpétrière on le sèvre de ses boissons favorites, tout en constatant un état cachectique très prononcé. Les deux poumons sont infiltrés avec des cavernes dans les sommets, léger souffle cardiaque à la pointe; œdème périmalléolaire.

Atrophie des petits muscles de la main, atrophie en masse de la région externe de la jambe. Sensibilité normale aux membres supérieurs ; la pression seule est douloureuse sur les mollets et les cuisses, ainsi que sur quelques autres points du trajet des troncs nerveux.

Pas d'hyperesthésie cutanée ; sphincters normaux, marche impossible. Pas de réaction de dégénérescence.

Laissant de côté tout ce que j'ai dit sur les modalités cliniques des différentes polynévrites, je m'attacherai en terminant à faire ressortir les symptômes qui, dans l'observation ci-dessus, se rattachent d'une part à l'alcoolisme, d'autre part à la tuberculose.

Le même travail d'analyse et de dissociation pourra être fait par le lecteur chaque fois qu'il se trouvera en présence d'une association polynévritique, en prenant pour base la symptomatologie que j'ai résumée plus haut pour chaque espèce de polynévrite.

Je serai bref.

Etablissons d'abord les faits : Comme on le sait et comme on l'a vu dans la 1re observation, la polynévrite alcoolique débute en général par des crises gastriques auxquelles succèdent les douleurs et la parésie des membres inférieurs. Les troubles moteurs portent sur les extenseurs, les pieds sont tombants, le malade steppe. Abolition des réflexes, hyperesthésie, troubles trophiques des ongles et de la peau. Atrophie musculaire peu prononcée. Tout cela peut s'aggraver et arriver aux rétractions tendineuses avec leurs conséquences chirurgicales.

Dans notre 2e observation nous retrouvons bien la plupart de ces faits qui incombent à la polynévrite alcoolique.

Mais nous trouvons aussi la toux et les signes de la tuberculose. Puis le début se fait par de la courbature, de la maladresse, une sorte d'ataxie des membres supérieurs à laquelle succède de la paralysie des extenseurs des doigts, les mains sont aussi tombantes et ces phénomènes se succèdent rapidement avant l'envahissement des membres inférieurs.

On peut donc dire, d'ores et déjà, que la polynévrite alcoolique, outre ce qui est spécial à l'estomac du buveur, a porté ses ravages sur les membres inférieurs, tandis que les troubles observés dès le début dans les membres supérieurs étaient produits par la polynévrite tuberculeuse, dont l'auscultation, l'examen des crachats et l'état cachectique du sujet donnaient suffisamment la preuve.

Je noterai surtout l'atrophie des petits muscles de la main comme dépendant de la polynévrile tuberculeuse, tandis que l'atrophie moins prononcée des muscles de la jambe ressortit à la polynévrite alcoolique.

Enfin à la sensibilité normale des membres supérieurs chez le tuberculeux correspond la pression douloureuse des mollets et des cuisses chez le polynévritique alcoolique, et à l'hyperesthésie de ce dernier correspond l'absence de ce syndrome chez le polynévritique tuberculeux.

Tels sont les éléments de l'analyse. Après cela il appartient aux praticiens, dans toutes les associations polynévritiques, en ayant dans la mémoire les principaux symptômes de chaque polynévrite, de faire le départ de ce qui ressortit aux unes ou aux autres.

Vaccine éruptive généralisée. Mort consécutive (1)

Par le Dr HUGUES (de Saïda)

Nous avons constaté un cas de vaccine éruptive généralisée, compliquée de phénomènes infectieux graves et suivie de mort le 8e jour. Le fait nous a paru digne

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

d'être cité : il n'existe, ou du moins à notre connaissance, qu'une observation analogue relatée par M. Gaucher à la Société de Dermatologie, le 25 mars 1891.

Soler Francisco, âgé de 4 mois, est vacciné pour la première fois le 26 avril par scarifications, à la face externe des bras et sur six points assez espacés. Le vaccin employé provient de l'Institut Pasteur : il a été recueilli sur une génisse et dans un petit tube. L'asepsie de la région et de l'instrument est faite suivant la méthode ordinaire. L'enfant est bien portant, vigoureux; il n'a jamais été malade; sa peau est saine. La santé de ses parents a toujours été excellente.

Le 29 avril, au soir, aux lieux d'inoculation paraît une petite papule rouge, saillante. La température rectale s'élève à 38°7. L'enfant est agité; il ne dort pas, il pleure, il crie.

Le 30 au soir, une vésicule succède à chaque papule et s'entoure d'une zone rouge. Mais sur toute la face antérieure, sur toute la face postérieure du tronc, sur les cuisses, sur les bras, sur les jambes, sur le cou, sur les joues, autour de la bouche et sur les paupières, on voit de petites élevures papuleuses et rouges; leur diamètre respectif varie de trois à cinq millimètres; la pression du doigt ne les fait pas disparaître. Le thermomètre marque dans la matinée 38°8, le soir 39°4. L'agitation s'est accrue; l'enfant refuse le sein.

Le lendemain, on distingue au centre des vésicules du vaccin une légère dépression ombilicale. L'éruption du tronc, des membres, du cou, de la face est devenue vésiculeuse ; une aréole congestive, violacée, s'est formée autour de chacune d'elles. La température est 39°5 le matin, et 39°9 le soir. Les selles sont jaunes, aqueuses, fréquentes. La respiration s'est accélérée, sans phénomènes objectifs du côté des poumons. On ne peut compter les pulsations cardiaques, tant elles sont rapides.

Le 2 mai, les pustules vaccinales sont complètement développées. Larges, aplaties, avec une ombilication centrale très marquée, elles ont un reflet argenté et nacré. Le soir, à 9 heures, les vésicules du tronc, des membres, etc., se trouvent transformées; elles sont étendues en surface et manifestement ombiliquées. Le thermomètre oscille entre 39°8 et 40°3. L'agitation, la diarrhée, les vomissements ont diminué sous l'influence des bains froids donnés de trois heures en trois heures pendant dix minutes. Les paupières sont œdématiées.

Le 3 mai, toutes les pustules présentent des caractères semblables. Elles ont augmenté de volume, elles ont perdu leur transparence ; le liquide est louche, l'ombilication est agrandie; elles offrent un diamètre de six à sept millimètres jusqu'à près de deux centimètres. Le tissu cellulaire sous-jacent est induré par plaques; la peau est tuméfiée, tendue surtout aux membres et à la face. La fièvre reste toujours très élevée. Les urines, très rares, peuvent être recueillies séparément; elles ne contiennent pas d'albumine.

Lé 4 mai au matin, la température est de 40°7. Les aréoles qui avaient acquis des proportions considérables se sont, pour ainsi dire, fondues ; les espaces de peau primitivement saine sont devenus rouges violacés et hémorrhagiques par places; une suffusion sanguine s'est effectuée çà et là irrégulièrement. Les pustules ont noirci. Sur la joue gauche existent trois taches purpuriques de la superficie d'une pièce de 50 centimes. Un peu de sang s'écoule par le nez à midi. L'enfant meurt à une heure. L'autorisation de pratiquer l'autopsie ne nous est pas accordée.

Il est évident qu'il s'agit bien ici d'une vaccine généralisée et non d'une variole. Le jour, à l'heure même où nous avons vacciné Soler Francisco, nous avons vacciné aussi 17 enfants avec le vaccin contenu dans le même tube et chez tous, la pustulation s'est faite sans incidents spéciaux. Il est avéré que notre malade est mort des suites d'une infectiou qui a envahi rapidement toute l'économie. Au point de vue pratique, il serait important de rechercher la cause de ces phénomènes imprévus. L'accident n'est imputable ni au médecin, ni à la lymphe employée, puisque les 17 enfants n'éprouvèrent aucune complication. L'albuminurie eût-elle existé, on aurait attribué à l'imperméabilité rénale un rôle prépondérant, bien que nombreux soient les individus atteints de néphrite ancienne ou récente qui n'aient éprouvé aucun inconvénient sérieux de la vaccine.

Les expériences de MM. Strauss, Chambon et Saint-Yves-Ménard ont montré que le passage de la matière vaccinale dans le sang s'effectue pendant la période papulo-pustuleuse et à très faible dose. Mais pourquoi l'infection se généralise-t-elle parfois au point d'occasionner ces sortes d'éruption? Pourquoi d'autres fois revêt-elle une gravité exceptionnelle? Ce sont autant de questions à résoudre.

Les observations ne sont pas rares où les vaccinides éruptives survinrent parallèlement à la vaccine locale. MM. Besnier, Lereboullet, Behrend, Dauchez, Cazalas, en ont cité des exemples. Mais, dans ces circonstances, l'éruption était discrète, due à l'auto-inoculation, greffée en quelque sorte sur des plaques d'eczéma, d'érythème, sur des régions suintantes, des ulcérations de toute sorte. Chez notre malade rien de tout cela. Son organisme était-il dans un état de réceptivité particulière ? On ne saurait l'affirmer.

BIBLIOGRAPHIE

La diphtérie : Nouvelles recherches bactériologiques et cliniques, prophylaxie et traitement, par H. Barbier, médecin des hôpitaux de Paris, et G. Ulmann, interne des hôpitaux de Paris (Librairie (J. B. Baillière et fils, Paris 1898).

Ce livre est la mise au point de la bactériologie, de la clinique, de la prophylaxie et du traitement de la

diphtérie. Les recherches personnelles des auteurs ont été largement mises à profit, et l'on peut dire de ce nouveau volume de la collection des « Actualités médicales » qu'il ne le cède en rien aux précédents.

Il est divisé en trois chapitres dans lesquels sont étudiées successivement : la bactériologie, la clinique, la thérapeutique et la prophylaxie.

Au point de vue bactériologique, les auteurs établissent que « seul le bacille long, touffu, enchevêtré doit être considéré comme le vrai bacille de la diphtérie ; ce bacille, au lieu d'être constamment cantonné au niveau des fausses membranes, peut envahir l'économie et se retrouver dans les viscères des malades autopsiés.

« L'action du bacille diphtérique peut être modifiée par l'entrée en scène des microbes septiques ; mais la présence pure et simple de ces microbes constatée dans les tubes de culture est sans valeur ; il faut s'assurer de leur virulence, de leur pouvoir pathogène, soit par l'expérimentation, soit par la constatation chez le malade des symptômes qui caractérisent leur action. »

Et comme, en réalité, fort peu de médecins sont à même de recourir à l'expérimentation, c'est encore à la clinique qu'il faut en revenir, ce qui prouve une fois de plus la supériorité des études faites à l'hôpital au lit du malade sur les travaux de laboratoire pour le médecin praticien. Cliniquement en effet « une distinction s'impose entre les types de diphtérie pure et les diphtéries associées. Chacun d'eux a des signes constants, de véritables stigmates dont la connaissance est d'un intérêt capital.

« Pour la diphtérie pure : fausses membranes blanches, s'enlevant par lambeaux ; muqueuse normale, plutôt pâle ; peu ou pas d'adénopathie ; teint pâle, pouls rapide.

« Pour la diphtérie associée grave : face bouffie ou cyanosée, teint plombé, excoriation des lèvres et du pourtour des narines ; muqueuses rouges, sanieuses, saignantes, boursouflées ; fausses membranes mollasses, putrilagineuses, cou proconsulaire ; jetage abondant. »

Tout cela n'est pas nouveau et il y a longtemps que les maîtres de la médecine infantile ont appris à distinguer les formes graves. Mais c'est à la jeune génération, et à M. Barbier en particulier, que revient l'honneur d'avoir expliqué les différences par les associations microbiennes.

Entre les deux types extrêmes, diphtérie pure et diphtérie associée, grave, « se placent les types intermédiaires de diphtéries non modifiées avec petits accidents septiques. Dans aucun cas, la gorge ne peut être regardée comme le miroir exact et fidèle de la gravité de la maladie. »

La distinction que la clinique et la bactériologie établissent entre les différentes formes de diphtérie se retrouve en thérapeutique, car si le sérum antidiphtérique est tout-puissant contre la diphtérie pure, il est malheureusement inefficace contre l'infection surajoutée qui, elle, relève de la médication antiseptique.

La meilleure mesure prophylactique est encore l'isolement. Mais il faudra se rappeler que la bacille diphtérique persiste assez souvent après la guérison apparente, il faut donc prolonger l'isolement jusqu'à ce qu'il disparaisse. Alors seulement on devra faire la désinfection définitive, car il va sans dire qu'on doit toujours faire la désinfection au cours des maladies pour tous les objets souillés par le malade et le linge en particulier.

Dr Eug. Deschamps.

REVUE DE LA PRESSE

Tremblement syphilitique (*Arch. médicales belges.* juillet 1898 et *Journal des maladies cutanées et syphilitiques.* novembre 1898), par Delforge. — Le tremblement s'observe parfois au cours de la syphilis, à la fin de la période secondaire ou à la période tertiaire. Il est plus rare de le voir au début, en même temps que les accidents secondaires de la syphilis.

Une jeune fille de 20 ans, servante bien constituée, était prise un jour de fièvre avec une température de 39°, puis présentait sur tout le corps une éruption de taches rosées, en même temps qu'elle était atteinte d'un violent catarrhe des muqueuses. Sur le voile du palais et sur l'amygdale gauche existaient des ulcérations suspectes qui donnèrent l'éveil et portèrent à examiner la région vulvo-périnéale où l'on découvrit des plaques muqueuses autour de l'anus et un chancre en haut et en dedans de la grande lèvre gauche. Dans la région inguinale gauche il y avait quelques ganglions engorgés. La malade finit par avouer qu'elle avait remarqué l'existence de ce bouton depuis 15 jours environ. Une pilule de 0.06 de protoiodure de mercure fut prescrite. Le lendemain la fièvre avait diminué d'intensité, le surlendemain elle avait cessé, 2 jours après survint un tremblement des membres supérieurs, qui ne se manifestait que lorsque la malade voulait lever les bras ; la direction des mouvements était conservée, mais les mains étaient prises d'un tremblement tel qu'un verre plein d'eau ne pouvait être porté à la bouche sans être en partie renversé. M. Delforge crut être en présence d'un tremblement hystérique et remplaça le mercure par le bromure de potassium à la dose de 2-3 gr. par jour. Comme il n'y eut aucun changement au bout de 3 jours, sinon que la malade s'affaiblissait de jour en jour, l'auteur reprit le traitement mercuriel. Le tremblement s'atténua peu à peu pour ne plus se montrer qu'à de rares intervalles, disparut même tout à fait après trois semaines de traitement

Pour M. Delforge ce tremblement doit être mis sur le compte de la syphilis et non de l'hystérie, le bromure

s'étant montré inefficace. On ne peut pas non plus invoquer l'intoxication mercurielle, car la médication spécifique avait été établie depuis trop peu de temps. L'auteur ne se prononce pas sur la nature intime du phénomène.

Pour nous, nous pensons aussi que le tremblement doit être attribué à la syphilis. Mais bien que le tremblement ait été intentionnel et tout à fait analogue à celui de la sclérose en plaques, la disparition du symptôme après 3 semaines de traitement ne permet pas de supposer que ce tremblement avait été dû à une localisation spinale de la syphilis ; tout porte à croire qu'on a eu affaire à un simple trouble fonctionnel du même genre que la céphalée de la période secondaire.

Dr Barbe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 janvier 1899. — Présidence de M. Panas.

La Correspondance comprend : des lettres de candidature de MM. les Dr Commenge, Ménière, Vérité, Voisin, dans la section des associés libres.

Dangers de la médication thyroïdienne. — M. François Frank prend la parole à propos du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Lancereaux.

La seule interprétation possible de l'action du suc thyroïdien dans les cas où le fonctionnement de la glande est insuffisant est tirée de ce qu'on observe dans la thyroïdectomie. La médication thyroïdienne, bienfaisante quand elle intervient à propos et qu'elle est bien conduite, est cependant une médication dangereuse. Le suc thyroïdien et les substances chimiques qu'on en a extraites sont des produits très dangereux et très toxiques. A côté des vertiges, de la tachycardie, de la faiblesse générale, on a relevé des cas de mort par collapsus cardiaque. Cela doit rendre très circonspectes les personnes qui l'emploient.

Il est regrettable que le public, entraîné par un grand nombre de prospectus très audacieux, soit invité à user lui-même de ce médicament. M. François Frank propose de nommer une commission qui aurait pour but de voir si ce médicament n'est pas dangereux, et s'il ne faut pas le mettre dans la catégorie de ceux qui ne pourront être délivrés que sur ordonnance médicale.

M. Lancereaux s'associe aux paroles de M. François Frank.

M. Potain. J'ai également vu des cas dans lesquels la thyroïdine, employée avec modération, avait cependant causé des accidents graves qui ont persisté longtemps.

M. Huchard. On ne doit employer la thyroïdine qu'avec la plus grande circonspection, les accidents pouvant survenir très rapidement.

M. le Président. La commission dont M. François Frank demande la formation sera composée de MM. François Frank Lancereaux, Huchard, Potain et Ferrand.

Corps étranger de l'œsophage. — M. Lejars présente une malade qui, après avoir avalé dix-huit sous, fut transportée à l'hôpital Beaujon. La radiographie montra la présence des corps étrangers à la partie inférieure de l'œsophage et dans l'estomac. Les vomissements étant continuels, M. Lejars se décida à faire une gastrotomie, mais il ne trouva rien, les sous ayant probablement passé dans l'intestin grêle. Il se mit à la recherche des sous arrêtés dans l'œsophage. Il put décrocher les sous et les faire tomber dans l'estomac. Il y avait un bloc compact formé de cinq pièces de 10 centmes et d'une pièce de 5 centimes.

Quinze jours après, la malade rendit par l'anus les quatre derniers sous. Actuellement l'état général est excellent. (Renvoyé à l'examen de M. Fernet.)

Distribution géographique de la peste en Afrique et en Asie. — M. Proust fait une communication sur la distribution géographique de la peste en Afrique et en Asie et sur les dangers qui peuvent en résulter pour l'Europe. La conférence de Venise en 1897 a prescrit des mesures qui suffiraient pour que l'Europe fût préservée, mais depuis deux ans, la plupart de ces mesures n'ont pas encore reçu un commencement d'exécution.

La peste règne toujours à Bombay, à Madras, à Mysore ; elle a été transportée de là en Afrique, en particulier à Tamatave.

On se rapelle la transmission de la peste à Vienne, où un garçon d'amphithéâtre, Borich, puis le Dr Muller à l'hôpital François-Joseph, ont successivement succombé. Il n'y a pas eu de décès depuis la nuit du 29 au 30 octobre. Deux autres malades suspects ont guéri. C'était donc bien là une épidémie de laboratoire qui est restée tout à fait circoncrite. Cette épidémie montre néanmoins les dangers que l'Europe peut courir et la nécessité d'y veiller.

Pour éviter pareille transmission en France, M. Proust a proposé un plan de campagne qui était celui qui avait donné de si bons résultats pour empêcher la propagation du choléra.

Trois navires anglais eurent des cas isolés, mais il n'y eut aucune transmission en Angleterre. Sur un quatrième navire, le *Caledonian*, affecté au service de la malle des Indes, un homme de l'équipage indien fut atteint de la peste et succomba ; le navire fut dirigé sur les Sources de Moïse et mis en observation. La visite médicale faite la nuit porta uniquement sur l'équipage et non sur les passagers qu'on laissa tranquillement dormir, contrairement au règlement. Dès le lendemain matin, le *Caledonian* s'engageait dans le canal avec une patent nette. La rapidité de la désinfection montre qu'elle a dû être tout à fait insuffisante. A Suez on ne déclara pas de malades à bord ; c'est seulement à la visite médicale qu'on en trouva deux.

Récemment un autre navire anglais eut encore un cas de peste sur un officier qui guérit.

Ainsi cinq bateaux anglais en moins de deux ans ont eu des cas de peste à bord, sans que l'épidémie se soit propagée.

(M. Proust terminera cette communication dans la prochaine séance.)

Chirurgie de l'estomac. — M. Doyen. 1° Gastro-duodénostomie avec section du pylore. Dans les cas de sténose pylorique simple et de contracture spasmodique du pylore, M. Doyen fait une nouvelle opération : la gastro-duodénostomie avec section transversale du pylore. Cette opération dure 15 minutes environ et donne un orifice de 40 millimètres. Au bout de 6 à 8 jours l'opéré peut digérer des aliments variés.

2° Gastro-entérostomie par application d'un nouvel « œillet anastomotique ».

M. Doyen a imaginé pour la gastro-anastomose un œillet

métallique qui présente sur le bouton de Murphy de nombreux avantages.

I. Pour un même diamètre extérieur de 27 millimètres, le calibre utile est deux fois plus considérable et l'épaisseur beaucoup moindre.

II. L'œillet métallique de M. Doyen anastomose l'estomac et l'intestin à la fois par suture et par invagination, car la pièce mâle, dans laquelle est fixé l'estomac, porte 8 pointes qui perforent, en les invaginant dans la rainure de la pièce femelle, les tuniques de l'estomac et de l'intestin.

III. Cet œillet anastomotique ne peut s'éliminer que du côté de la pièce femelle qui est placée dans le bout inférieur. Il ne peut donc pas être retenu dans l'estomac.

On maintient les deux pièces, lorsqu'on pratique les ligatures, à l'aide d'une pince spéciale.

3° Pylorectomie avec gastro-entérectomie après écrasement et ligature en masse de l'estomac et du duodénum. M. Doyen présente une tumeur de l'estomac extirpée par ce procédé. La tumeur était énorme et adhérait au mésocolon. Grâce à son procédé de fermeture de l'estomac et du duodénum par la suture en corde de bourse, M. Doyen a terminé l'opération en 50 minutes. Les dimensions de la tumeur, les photographies des divers temps de l'opération et la guérison du malade prouvent que ce procédé est excellent. Ceux qui l'ont critiqué ont employé, sans l'avouer, de mauvaises contrefaçons de mon écraseur, et n'ont pas su comprendre ma technique.

M. Doyen a observé récemment un cas de contracture spasmodique du pylore avec petite tumeur dure, ayant été considérée comme un cancer. Il n'y avait ni cancer, ni ulcère, ni cicatrice mais un anneau musculeux énorme que l'index a pu forcer.

M. Doyen alimente ses opérés le jour même de l'intervention. Grâce à cette pratique, il vient de guérir deux cas graves de gastro-entérectomie malgré une pneumonie lobaire et une pleurésie survenues le deuxième jour. Ces malades n'ont dû leur guérison qu'à la suralimentation et à l'administration de l'alcool.

Chirurgie nerveuse. — M. Chipault donne le relevé statistique des opérations qu'il a faites pendant l'année dernière.

A cinq heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 janvier 1899. — Présidence de M. Berger

Traitement de l'appendicite. — M. Ricard. Il a semblé ressortir de la communication de Poirier, il y a 6 mois, qu'il faut opérer toutes les appendicites aigues, quelles que soient leur forme, leur variété. Je crois qu'il faut distinguer celles où nous opérons tous, celles qui s'accompagnent de septicémie péritonéale et celles qui présentent une collection purulente. Mais dans les cas où il n'y a pas de danger immédiat, que la réaction péritonéale est peu marquée, il est plus prudent d'instituer le traitement médical et d'attendre.

Un certain nombre de symptômes devront entrer en ligne de compte. La dissociation du pouls et de la température, le faciès, le ballonnement du ventre sont les principaux.

Mais il ne faut pas rayer d'un trait de plume les faits de guérison chez des malades que les médecins n'ont pas opérés les faits que l'on voulait et que l'on n'a pu opérer et qui on guéri malgré cette abstention.

Il est certain qu'il vaut mieux opérer à froid, que l'intervention est moins grave et par suite que si l'on peut il vaut mieux attendre.

Quand un malade est bien guéri d'une première atteinte d'appendicite, chez lequel il ne reste rien, absolument rien, je n'opère pas. Les conditions inverses indiquent l'intervention.

Doit-on enlever l'appendice quand on opère. Oui, en principe quand on le peut ; mais il est des cas où il serait dangereux de le rechercher ; il faut le laisser en paix.

Le procédé a posteriori, c'est-à-dire le décollement sur la fosse iliaque peut permettre de trouver des collections postérieures au cœcum. Mais ce n'est qu'une ressource opératoire dans certains cas exceptionnels, qui ne me paraît pas devoir être préférée à l'ouverture large de la séreuse.

L'éventration ne m'a pas paru survenir après la résection à froid et la suture en un seul point. Il n'en est pas de même dans les appendicites opérées à chaud, drainées et suppurées.

M. Broca fait une communication pour dire qu'il faut opérer, même dans le cas de péritonite, puisque sur 27 cas il a eu 4 guérisons.

L'éventration est fréquente dans les cas où il y a eu suppuration, mais rare dans les réunions par première intention.

M. Potherat. Dans la discussion, il y a 6 mois, M. Poirier voulait intervenir dans tous les cas. M. Broca pratique l'épreuve médicale lorsqu'il n'y a pas danger immédiat.

Je tendrais à me rallier à l'opinion de M. Poirier. Il est certain qu'une simple colique appendiculaire ne me mettra pas le bistouri à la main, et je pense qu'il faut attendre les indications données par les symptômes dangereux, ou attendre que tout soit calmé pour se résoudre après la seconde crise à opérer à froid.

Dans tous les cas où il existe des abcès, quels que petits qu'ils soient, il faut ouvrir le plus vite possible pour les arrêter dans leur développement et les mettre dans les meilleures conditions pour guérir rapidement.

Jamais on ne regrette d'intervenir et même d'intervenir trop tôt, alors qu'on peut regretter d'être intervenu trop tard.

Pneumocèle sus-auriculaire ; suite de trépanation pour abcès pétreux. — Présentation du malade par M. Malapert.

Kyste hydatique du foie guéri par le capitonnage de la poche. — Présentation du malade par M. Delbet.

Pylorectomie. Guérison. — Présentation du malade par M. Hartmann.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 janvier 1899. — Présidence de M. Raymond.

Méningite cérébro-spinale épidémique. — M. Netter montre les centres nerveux d'un enfant mort de méningite cérébro-spinale. Ce cas démontre d'abord que l'épidémie de méningite cérébro-spinale persiste toujours ; de plus, certaines particularités sont à noter.

Dix-huit heures avant la mort du malade, une ponction lombaire donna issue à un liquide clair, contenant des méningocoques, mais sans pus. Cependant à l'autopsie, on trouva des plaques de pus dans les méninges crâniennes, et même dans le cul-de-sac rachidien. Ce fait ne s'explique que par une sorte de décantation *post-mortem*.

Une autre question plus difficile est celle des rapports qui unissent le pneumocoque et le méningocoque. Certes, il existe de nombreuses différences entre ces deux microbes ; et ces différences siègent dans la forme, qui rattache plutôt le méningocoque au streptocoque, dans les inoculations, dans les cultures. Si donc, ce méningocoque tient au pneumocoque, il n'en constitue pas moins une variété à part, nettement déterminée, ceci est incontestable. M. Chantemesse, MM. Bezançon et Griffon viennent encore de trouver, dans la culture sur sérum liquide, un autre caractère de différenciation, est-ce suffisant pour nier la parenté du méningocoque et du pneumocoque ? C'est peu probable, car, dans l'étude de l'épidémie actuelle, on trouve toute une série de variétés de méningocoques établissant un lien entre le pneumocoque type et le méningocoque type et le méningocoque le plus nettement différencié.

Périgastrite douloureuse consécutive à un ulcère simple. — M. Merklen présente un malade qui eut, il y a plusieurs mois, un ulcère simple de l'estomac ; une perforation compliqua cet ulcère et produisit un abcès gazeux sous-diaphragmatique. Le malade fut opéré et guérit. Mais peu de temps après l'opération, des crises douloureuses, très violentes, éclatèrent ; ces douleurs siégeaient dans la région épigastrique, remontaient vers le cou et s'irradiaient dans les bras. Elles apparaissaient soit après l'ingestion des aliments, soit pendant la station debout. De ces deux caractères, et en se basant sur les antécédents du malade, on put conclure à des adhérences ou à un ulcère chronique de l'estomac. Dans les deux alternatives, une opération s'imposait. Une laparotomie fut faite, qui montra des adhérences multiples et une union intime de l'ulcère stomacal à la face inférieure du foie. Les adhérences furent sectionnées; le contact de l'estomac et du foie ne put être supprimé. Pendant les quinze jours qui suivirent l'opération, le malade se crut guéri. Puis les douleurs reparurent, mais seulement pendant la station debout.

Elles furent même si violentes que, deux mois après, une nouvelle opération fut décidée. M. Faure réséqua l'ulcère stomacal et la partie du foie attenante. Les douleurs disparurent pendant deux mois, puis revinrent, mais sous une autre forme; elles étaient continues, lancinantes, et étaient très probablement sous la dépendance d'une fistule consécutive à l'opération.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes. En premier lieu, on doit se demander si le diagnostic d'adhérences péristomacales est possible. A cela, la réponse doit être affirmative. Ce diagnostic est basé surtout sur les douleurs survenant par crises sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'estomac après l'ingestion des aliments, ou sous l'influence des tiraillements que comporte la station debout. Enfin, les signes physiques ont leur importance, et la constatation d'un empâtement péristomacal est de grande valeur.

Le caractère même des douleurs semble indiquer une certaine participation du plexus solaire.

Quant à la conduite à tenir, elle doit être discutée, et on se demande si une simple gastro-entérostomie ne serait pas préférable à une libération souvent difficile de l'estomac.

Végétations épithéliomateuses de l'estomac. — M. Mathieu montre des végétations épithéliomateuses très volumineuses rendues par vomissement, et insiste sur la valeur diagnostique de la constatation de faits semblables.

Maladie bleue avec transposition des viscères. — MM. Mathieu et Sikora rapportent l'observation d'un malade ayant présenté les signes de la maladie bleue avec transposition complète des viscères qui a pu être vérifiée à l'autopsie.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

12e *Session, tenue à Paris, du 17 au 22 octobre* 1898.

(*Suite et fin*) (1).

Relations des myélomes avec les xanthomes. — M. Dor (de Lyon). Il existe une tumeur mixte constituée par l'association du tissu xanthomateux et du tissu myélomateux, tumeur qui mérite le nom de myélo-xanthome. La plupart des soi-disant myélomes des gaines tendineuses sont, en réalité, des myélo-xanthomes.

Le myélo-xanthome constitue le chaînon de transition entre le myélome pur et le xanthome pur. Les cellules xanthomateuses et les cellules à myéloplaxes sont le résultat d'une évolution histologique toute différente, mais ayant porté sur des cellules primitivement identiques; dans le premier cas, les cellules sont restées isolées ; dans le second cas, elles se sont fusionnées, et leurs noyaux se sont mélangés, constituant une cellule unique à noyaux multiples.

Il existe dans les xanthomes les plus purs des cellules à myéloplaxe, et il est probable que dans les myélomes les plus purs on trouvera des cellules de xanthome.

La commune origine des cellules xanthomateuses et des cellules myélomateuses établit entre les xanthomes et les myélomes une étroite solidarité, et toutes les théories pathogéniques relatives à l'une de ces tumeurs pourront probablement s'appliquer à l'autre. Cette considération justifie l'intérêt qu'il y avait à connaître les relations des xanthomes et des myélomes.

Il est intéressant de remarquer que, sans avoir conçu entre les myélomes et les xanthomes le rapprochement qui a fait l'objet de ce travail, les auteurs qui se sont occupés des myélomes et ceux qui se sont occupés des xanthomes ont les uns et les autres émis des doutes sur la nature vraiment néoplasique de ces tumeurs. Il faut s'attendre à la démonstration de la nature inflammatoire des myélomes et des xanthomes.

Hernie étranglée gangrenée. — M. Guillemain (de Paris). Cette opération est intéressante par le succès obtenu malgré l'âge de la malade (soixante-quatre ans). La santé est aujourd'hui, après plus d'un an, parfaite. L'entérorraphie a été faite avec de la soie fine et une aiguille de couturière ; elle a consisté en trois surjets superposés. Tous les trois ou quatre points le surjet était fixé par un nœud. C'est là, je crois, un procédé très rapide et par suite plus susceptible de succès que les procédés lents avec l'aiguille de Reverdin.

(1) V. *France médicale*, 1898, n° 50.

Spinaventosa tuberculeux.-M. Ménard (de Berck-sur-Mer) La tuberculose des os longs de la main et du pied est toujours centrale. Le foyer naît dans l'un des bulbes diaphysaires, gagne le canal médullaire et l'épiphyse opposée. Plus tard, dans ce foyer central, on trouve soit un séquestre, soit un amas de fongosités. L'hyperostose, qui revêt d'abord complètement la diaphyse, est le produit d'une réaction consécutive du périoste. Elle est perforée, ulcérée, en partie détruite à la période fistulaire. Les articulations situées aux extrémités de l'os malade sont inégalement protégées. A l'une de ces extrémités on trouve une épiphyse complète : cartilage conjugal, noyaux osseux, cartilage diarthrodial ; à l'autre seulement le cartilage articulaire. De là il résulte que, conformément aux données de l'anatomie normale, la tuberculose des phalanges, celle du premier métacarpien et du deuxième métatarsien, perfore de préférence l'articulation répondant à l'extrémité périphérique : au contraire, pour les quatre derniers métacarpiens et métatarsiens, la propagation se fait plutôt au carpe et au tarse.

Avant la fistulisation, on s'abstient généralement de toute intervention. Lorsque la suppuration déjà ancienne persiste avec quelque abondance, on doit prévenir l'arthrite consécutive par l'évidement de l'os malade. Cet évidement doit s'étendre d'une épiphyse à l'autre. Il se contente de laisser d'une épiphyse à l'antre une colonne étroite et continue d'os sain. L'ablation sous-périostée donne des résultats fonctionnels déplorables parce qu'elle n'est pas suivie de la reproduction de l'os malade. Elle conduit au doigt ballant, à la perte des mouvements. L'amputation serait souvent préférable à tous égards.

Traitement chirurgical des varices. — M. Schwartz. Les interventions sur les membres variqueux sans complications se divisent en trois catégories :

1° Ligatures avec résection de la veine saphène interne ou des veines saphènes, d'après Trendelenburg ;

2° Ligatures avec résections veineuses, combinées avec l'extirpation de paquets variqueux plus ou moins étendus ;

3° Ligatures étagées, combinées avec la résection de grands lambeaux cutanés comprenant dans leur épaisseur une étendue plus ou moins considérable de varices.

Depuis plus d'un an, je pratique cette dernière opération lorsque la peau de la jambe est flasque, extensible, sans tonicité, ressemblant tout à fait à la peau du scrotum dans certains varicocèles. Je confectionne de la sorte un véritable bas naturel, qui me paraît renforcer les résultats obtenus par la simple ligature étagée.

Il est démontré aujourd'hui que l'ulcère variqueux guérit rapidement chez les individus auxquels on a fait subir la ligature étagée simple ou combinée aux autres interventions.

Lorsqu'il existe une phlébite variqueuse, je suis d'avis de l'enlever sans attendre sa résorption, tout comme une tumeur, en liant préventivement la saphène interne au-dessus d'elle, pour empêcher les embolies.

En dehors des contre-indications générales, je considère comme non justiciables de l'opération les varices se traduisant par des varicosités cutanées nombreuses, par de la cyanose des membres. De plus, je ne conseille l'intervention que s'il existe des troubles fonctionnels ou trophiques.

Je n'ai eu qu'une mort à déplorer, il y a de cela 8 ans. C'était chez une femme de 71 ans, à laquelle je pratiquai la ligature étagée simple. Elle fut prise au bout de 3 semaines d'une congestion pulmonaire à laquelle elle succomba subitement, sans qu'il y eut la moindre phlébite ; à l'autopsie nous n'avons pu trouver d'embolie pulmonaire ou cardiaque.

Etiologie, clinique, anatomie pathologique au point de vue du traitement des varices. — M. Rémy. L'étiologie comprend plusieurs causes :

a) Congénitale, arrêt de développement des valvules et des muscles.

b) Accidentelles, fatigues, les plus fréquentes ; traumatiques infectieuses, plus rares.

c) Vaso-motrices se rattachant à un trouble congénital ou héréditaire, au spasme nerveux.

Il est bien évident qu'on peut remédier aux accidents dus à la fatigue, au traumatisme, etc., mais qu'on ne peut et ne doit rien faire pour les varices par spasme nerveux.

Il existe 3 formes cliniques :

1° Varices des grosses veines circonscrites, sus et sous-aponévrotiques ; beaucoup de succès opératoires.

2° Varices généralisées à toutes les petites veines. Cyanose variqueuse. Récidives constantes.

3° Varices à reflux cardiaque, nécessité d'opérer et de refaire des valvules, bons résultats temporaires.

Enfin l'anatomie pathologique démontre que certaines varices ne sont pas seulement scléreuses et ectasiques, mais s'accompagnent d'une endo-mésopéri-phlébite proliférante, affaiblissant les parois, qui se propage en suivant les capillaires dilatés.

Mobilisation précoce après toutes les opérations destinées à restituer le mouvement normal des articulations ou à créer des articulations nouvelles. — M. Lucas Championnière (Paris). Malgré quelques modifications récentes, la plupart des chirurgiens pratiquent l'immobilisation des articulations traumatisées. Ils y emploient les appareils inamovibles.

La pratique est la même dans les cas où le traitement des articulations n'en a pas altéré la forme et dans les traumatismes après lesquels toute la substance de l'articulation a été emportée.

M. Championnière estime qu'il y a lieu de réformer cette pratique aussi complètement qu'il y a lieu de réformer la pratique de l'immobilisation absolue des membres fracturés.

Dans tous ces cas, l'appareil inamovible est inutile.

En outre, dès le premier pansement, la mobilisation méthodique de l'articulation blessée doit s'imposer.

Citons, parmi les cas dans lesquels ces circonstances se présentent, les opérations sur le genou, fractures de rotule suturées, corps étrangers. Tous les traumatismes de cette articulation.

Résection de l'épaule, du coude et du poignet.

Tous les traumatismes des mêmes articulations.

L'ablation de tous les os du tarse, pied bot.

A ces opérations il faut ajouter toutes celles qui visent la conservation ou la restitution d'un mouvement articulaire.

On applique l'appareil inamovible pour :

1° Supprimer ou prévenir la douleur.

2° Supprimer ou prévenir l'inflammation articulaire.

3° Eviter les déformations par déplacement des fragments mobiles entraînés hors de leur situation nouvelle.

1° D'après M. Championnière, la douleur est suffisamment évitée par un pansement bien matelassé qui tranquil-

lise la région. Lors du ou des premiers pansements, la mobilisation donne un peu de douleur, elle en donne infiniment moins qu'on n'en trouverait sur le même sujet si, après l'avoir immobilisé pendant plusieurs semaines, on travaillait à le mobiliser.

2° Le repos complet d'une articulation par l'appareil inamovible n'a jamais eu aucune efficacité contre l'inflammation. Il y a là un préjugé contre lequel l'expérience proteste tous les jours.

3° Les déplacements secondaires ne se produisent pas lorsque l'on provoque les mouvements réguliers par une mobilisation précoce.

Pour les articulations les plus détruites, on peut les provoquer dès le quatrième ou le cinquième jour sans aucun risque.

Cette pratique est plus délicate que celle de l'application d'un appareil inamovible que l'on applique pour plusieurs semaines.

Mais elle permet d'obtenir des résultats auxquels on n'arrive jamais si on a laissé l'articulation s'enraidir et les muscles s'atrophier, même dans les cas dans lesquels l'article est enflammé, même dans les cas dans lesquels il est envahi par certaines formes de tuberculose. Il se répare pendant le mouvement et il se répare de façon à donner des membres qui fonctionneront promptement et régulièrement.

L'appareil inamovible dans l'immense majorité de ces cas de traumatisme articulaire est inutile et nuisible.

M. Championnière donne comme exemple parmi les résultats les plus topiques ceux des pieds bots qu'il opère par l'ablation de la totalité des os du tarse sauf la partie postérieure du calcanéum.

Après cette opération sans avoir mis aucun appareil inamovible, on dépanse et on mobilise méthodiquement dès le quatrième ou le cinquième jour et dans bien des cas la troisième ou la quatrième semaine les malades commencent à marcher.

Pour ses nombreuses opérations la réparation a toujours été bonne et la fonction a été excellente et vraiment promptement revenue.

De l'ablation des fibromes par l'hystérectomie vaginale (statistique personnelle).—M. Bouilly (Paris) L'hystérectomie vaginale perd du terrain tous les jours, d'abord parce qu'elle est vieille, puis parce que ses résultats ne sont pas bien connus.

Je voudrais vous donner une statistique personnelle.

Par la voie vaginale, on doit opérer les fibromes qui sont encore jeunes, petits. Nous ne devrons donc pas laisser passer ces petits fibromes et attendre que la voie vaginale ne soit plus praticable.

La voie vaginale est, en effet, beaucoup plus simple, et bien moins dangereuse que la voie abdominale.

Les indications ne doivent pas être discutées ici.

Dans les cas de vagin étroit, inextensible, quand les fibromes sont très gros, la voie vaginale doit céder naturellement le pas à la voie abdominale.

J'ai une statistique personnelle de 109 fibromes enlevés par la voie vaginale. Ces fibromes ont été de volume variable. Mais je dois dire immédiatement que je n'opère pas tous les fibromes simplement parce qu'il y a fibrome ; j'opère quand il existe des accidents : hémorragies, accroissement excessif de volume, inflammation

Les poids des utérus fibromateux enlevés ont varié de 2 kilos à 230 grammes. Le poids moyen est de 890 à 1.100 grammes. J'opère par le vagin les fibromes dont le bord supérieur affleure au plus l'ombilic.

Pour les petits fibromes, l'opération dure de 5 à 10 minutes ; pour les gros fibromes (de 8 à 1.100 grammes) elle dure de 30 à 40 minutes. Si les fibromes sont mous multiples, difficiles à morceler, l'opération est longue.

Voici les résultats opératoires :

Sur mes 109 opérations, j'ai 101 guérisons et 8 morts. La mortalité est donc de 3 3 0[0, mais j'ai des séries de 25 cas, parfois, sans mort. J'ai pu observer des morts rapides peu de temps après l'opération — par shok, embolie pulmonaire, phlébite, etc. — Dans un cas, j'eus à déplorer une mort par septicémie opératoire.

Parfois, après l'hystérectomie vaginale, il se fait dans le vagin un prolapsus intestinal ou épiploïque, se mettant en rapport avec le tampon du pansement, et l'infection péritonéale peut se faire par là.

Observations d'hystérectomies abdominales totales et supra-vaginales. — M. Terrier (Paris) Depuis mes observations présentées aux deux derniers congrès de chirurgie, j'ai fait 30 hystérectomies.

J'ai donc 30 cas d'hystérectomies dont 24 supra-vaginales et 6 hystérectomies totales.

Les 24 supra-vaginales m'ont donné 23 succès.

La malade morte est morte plus tard, guérie quant aux voies vaginales.

Les 6 hystérectomies totales m'ont donné 2 insuccès.

Je n'ajoute rien au manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale totale. On la connaît ; j'utilise la position de Trendelenbourg et je lie l'utérine sur les parois du col aussi loin que possible, pour que reste exsangue la plus grande partie de l'opération.

Pour mes hystérectomie supra-vaginales, mon manuel opératoire est toujours le même.

Dans un cas, une femme présentant un gros fibrome, et ne pouvant l'attirer au dehors par le vagin, j'ai fait l'extirpation des gros fibromes se trouvant sur la face postérieure de l'utérus que j'avais incisée. L'utérus fibromateux ainsi diminué, a été relativement facile à extirper.

Ulcères perforants de l'estomac. — M. Guinard. Le diagnostic de la perforation des ulcères gastriques est souvent difficile, et sur 6 cas que j'ai observés, ce diagnostic n'a été porté que dans les 3 derniers.

Ma première observation a trait à une femme de 35 ans, enceinte de 3 mois, qui fut prise brusquement d'une douleur au creux épigastrique: une fausse couche se produisit le lendemain, et, devant la constatation de phénomènes péritonitiques, je fus appelé à intervenir ; malheureusement, la malade succomba pendant l'intervention.

Dans un 2e cas, il s'agissait d'une femme de 25 ans, sans antécédents pathologiques, qui ressentit brusquement une douleur en coup de poignard, suivie bientôt de l'apparition d'un météorisme abdominal considérable. Comme dans l'observation précédente, on ne fit pas le diagnostic d'ulcère perforant de l'estomac. Je pratiquai la laparatomie et je ne constatai pas de péritonite ; le météorisme était simplement dû à une pneumatose du péritoine. Sans chercher la cause des accidents, je me bornai à drainer la cavité péritonéale. Le lendemain, les liquides ingérés par la malade s'écoulèrent en partie dans le pansement ; la mort ne tarda

pas à survenir, et, à l'autopsie, on trouva un ulcère perforé de l'estomac, sur lequel le foie faisait office de clapet.

Ma 3e opérée était une femme de 23 ans ; le début des accidents avait consisté, là encore, dans une violente douleur en coup de poignard dans la région épigastrique : puis, pendant 8 jours, on s'était borné à appliquer des vésicatoires sur la région douloureuse. Je vis la malade au 8e jour, et fis la laparotomie, qui me permit de constater l'existence de l'ulcère ; mais l'état de la patiente était si grave que je dus me contenter d'établir un drainage ; or, au 9e jour, une nouvelle perforation se fit au niveau d'un 2e ulcère, et je pratiquai une seconde intervention, qui se termina par la mort.

Enfin, j'ai eu un 4e insuccès chez une femme que j'ai opérée l'année dernière à l'Hôtel-Dieu : cette fois, je fis le diagnostic de l'ulcère perforant, mais l'état de la malade était si précaire que je dus pratiquer la laparatomie sans anesthésie ; je suturai l'ulcère, et mon opérée succomba le lendemain.

Je n'ai pas eu que des morts dans ces interventions, et j'ai pu notamment présenter à la Société de chirurgie, parfaitement guérie, une femme chez laquelle j'avais suturé un ulcère perforant de l'estomac.

Un mot encore sur les symptômes qui peuvent permettre le diagnostic de la perforation d'ulcères gastriques ; les trois signes principaux sont fournis par la douleur, la forme particulière du tympanisme et du ballonnement de l'abdomen, et, enfin, par les antécédents du sujet. Les malades, en effet, ont toujours un passé gastrique ; la douleur, qui se produit brusquement, en coup de poignard, siège constamment au niveau des fausses côtes gauches, sur la ligne mamelonnaire : quant au ballonnement du ventre, il est dû à de la pneumatose péritonéale, et on peut constater la disparition de la matité hépatique.

MEMENTO PRATIQUE

Le senecon en thérapeutique.— Nous résumons, d'après le *Journal des praticiens*, la thèse récente du Dr Prévost (Paris 1898), consacrée à ce sujet.

Posologie. — On peut ordonner :

a) L'extrait fluide américain LX gouttes par jour à donner en trois fois, d'heure en heure, et en pouvant aller jusqu'à C gouttes. Cette préparation est la meilleure.

b) Extrait aqueux ou alcoolique de *senecio vulgaris* de 2 à 2 gr. 50 par jour, en bols de 20 à 40 centigrammes.

M. Dalché formule de la façon suivante :

1° Extrait fluide américain de seneçon. 4 grammes
Elixir de Garus q. s. pour 160 grammes.
De 3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

2° Extrait fluide américain de seneçon. 4 grammes
Poudre de guimauve . . . . . 12 —
en 20 cachets.
De 7 à 8 cachets par jour.

3° Extrait fluide américain de seneçon. 4 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères q. s. pour 200 grammes.
3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

4° Extrait fluide de seneçon . . . . . 0 40 centigr.
pour une dragée.
3 à 4 dragées par jour.

5° Extrait fluide de seneçon. . . . . LX gouttes
Eau sucrée . . . . . 45 grammes

Une cuillerée à bouche toutes les heures pendant 3 heures.

Les seneçons étudiés par le Dr Prevost sont les seneçons indigènes, le *senecio vulgaris* et le *senecio Jacobea*, dont on retire deux alcaloïdes, la *senecionine* et la *senecine*. Witt (de Reims) a même préparé du chlorhydrate de senecionine qui, expérimentalement, diminue l'excitabilité des nerfs moteurs et augmente l'amplitude de la systole ventriculaire et diminue le nombre des battements du cœur.

Comme indications thérapeutiques, le seneçon, d'après MM. Bardet et Bolognési, provoque la menstruation, dans les cas les plus variés d'aménorrhées, soit que cette aménorrhée fût causée par un défaut de sécrétion, dû à des affections ayant amené un mauvais état général des malades, soit que cette aménorrhée relevât d'un trouble général du système nerveux ; soit qu'il s'agisse d'aménorrhée simple. L'extrait de seneçon régularise et provoque les fonctions menstruelles.

Contrairement à l'avis de MM. Bardet et Bolognési, M. Dalché affirme que le seneçon calme les douleurs qui précèdent ou suivent la venue des règles. La sédation de la douleur cataméniale est surtout marquée lorsque les organes génitaux sont restés sains. Dans les dysmenorrhées qui surviennent au cours des métrites ou des phlegmasies péri-utérines, le soulagement est bien moins marqué, souvent nul.

Il faut donner le seneçon dès qu'apparaissent les premiers symptômes précurseurs du flux menstruel.

Dans les aménorrhées de date assez ancienne ou de cause nettement déterminée (cardiopathie, chloro-anémie, rhumatisme blennorrhagique, brightisme), le seneçon n'a donné au Dr Prevost que des insuccès. Cet auteur croit que, à dose élevée, le seneçon contracte les vaisseaux et arrête le sang ; à faible dose, il réveille l'atonie des parois vasculaires affaiblies, les forcerait à se contracter et aurait ainsi une action stimulante.

C'est ainsi que le seneçon aurait une action efficace dans les cas d'*hyperémie ovarienne de Lawson-Tait* et qu'il aurait une action si défavorable dans les cas d'hémoptysies.

Gundrum de Sacramento considère le seneçon comme hémostatique dans les hémorrhagies capillaires, et Valmont, de Bonnard, en conseillait l'emploi dans les congestions des hémorrhoïdes.

En résumé, M. Prévost conclut que le seneçon est sédatif dans les douleurs cataméniales survenant dans les cas de dysménorrhée sans lésions utérines. Dans les aménorrhées, il ne semble, à fortes doses, jouer aucun rôle bien défini et ne peut être, par suite, considéré comme emménagoque, peut-être le serait-il à doses plus faibles, mais longtemps prolongées.

Il semble donc que en raison de son innocuité, ce médicament puisse entrer dans la pratique courante, mais que l'on ne devra pas fonder sur lui les plus grandes espérances, même comme sédatif des douleurs cataméniales. Nous lui préférerions volontiers l'anémonine, quitte à employer le seneçon comme succédané.

VARIÉTÉS

L'abbé rebouteur Crud

On sait que l'abbé Crud a quitté Sens pour créer, à Canteleu-Lille, près de la Faculté catholique de Lille, l'Ins-

titut orthopédique du Sacré-Cœur. La circulaire réclame indique que : « La création de l'Institut orthopédique de Canteleu a pour but d'utiliser la merveilleuse découverte de M. l'abbé Crud et de sa dévouée collaboratrice, Mlle Zoé Allard, dite Crud, pour le traitement des luxations congénitales et accidentelles de la hanche et les déviations de la colonne vertébrale.»

Il est bien spécifié que le service médical appartient à M. le Dr Salmon, assisté de plusieurs médecins adjoints et pour se soustraire aux lois, en les cotoyant, il est spécifié que tout ce qui concerne les soins médicaux et les opérations est exclusivement réservé à l'initiative et à la direction des docteurs.

L'abbé Crud et sa sœur d'adoption de nom sont des administrateurs.

Le *Journal des Sciences médicales de Lille*, organe de la Faculté libre, renferme, dans son numéro du 26 novembre, d'intéressants détails sur l'établissement.

Un Congrès des médecins chrétiens, branche de l'Assemblée générale des catholiques du Nord et duPas-de-Calais, a tenu, à Lille, sa 25e session le 18 novembre 1898, sous la présidence du Dr Desplats, avec le Dr Duret, vice-président, et les Drs Camelot et Faidherbe, secrétaires.

Le Dr Desplats, à l'occasion de la question à l'ordre du jour : Du concours que les prêtres et les religieux peuvent prêter au corps médical pour la diffusion des connaissances et des pratiques hygiéniques dans la classe ouvrière, a refusé la parole au Dr Vaneufville, qui voulait faire lire, au nom de l'Association des anciens internes des Facultés catholiques, un rapport sur l'Institut de l'abbé Crud et cela parce que le *bureau central de l'Assemblée générale* des catholiques du Nord et du Pas-de-Calais n'acceptait pas cette question non annoncée et, en outre, même si elle était posée légalement « ne l'accepterait pas ».

Le refus a été maintenu malgré les protestations des anciens internes regrettant « sincèrement que, dans une assemblée de catholiques, il ne soit pas permis de traiter une question qui intéresse au plus haut point l'avenir de la Faculté libre de Médecine ».

Ce préliminaire indique tout au moins que les catholiques du Nord, et peut-être la Faculté catholique après ses coquetteries avec l'abbé, n'ont pas rompu franchement avec lui.

Le rapport qui a été lu par le Dr Franchome est cependant des plus intéressants.

D'après le journal chrétien que nous citerons sans commentaires, ou que nous résumerons fidèlement :

« Le rapporteur établit que, malgré la présence de docteurs, il est de notoriété publique que c'est M. l'abbé Crud et sa sœur d'adoption, Mlle Allard, qui ont la direction de cet institut.

« Il établit qu'à l'Institut orthopédique de Canteleu on pratique l'exercice illégal de la médecine et, de plus, on applique un remède secret. »

Ces deux faits sont réprouvés par la déontologie médicale.

Le rapporteur proteste contre les tendances de l'Institut à laisser croire à des relations avec la Faculté catholique. Il s'élève contre les pratiques médicales des curés, car la nécessité de soins, « souvent très délicats », à donner aux femmes peut les induire en tentations, car aussi l'autorité du prêtre sera diminuée lorsque celui-ci, comme le commun des médecins, fera des diagnostics et des pronostics erronés.

Enfin contre toute tradition médicale, l'abbé Crud applique des procédés secrets, en cachette, à l'abri de tout regard indiscret, « et on considère surtout comme indiscrets les médecins. »

Le rapporteur, très vigoureusement, exécute en passant quelques médecins de la Faculté catholique.

» Si, dit-il, une partie du public croit encore que l'Institut orthopédique et la Faculté libre ont des liens étroits, l'erreur tient aux faits suivants :

« L'Institut orthopédique de Sens a eu pour directeur un professeur de la Faculté catholique de Médecine, M. Guermonprez, et s'il a ensuite abandonné ce poste, sa *nomination avait été entourée d'une telle réclame et sa retraite fut si discrète* que le public n'a gardé souvenance que du premier fait ;

« C'est encore *un professeur de l'Université catholique qui est actuellement le grand promoteur* de cet Institut, qui a été installé dans une de ses propriétés.

» Pour amener plus encore la confusion dans l'esprit du public, on a choisi, pour les mettre a la tête de l'Institut, ou plutôt pour servir de paravent à l'abbé Crud, des anciens élèves de notre Faculté.

« Enfin un certain nombre d'ecclésiastiques de notre région ont pris fait et cause pour l'abbé Crud... »

Le Dr Vaneufville a ensuite, devant l'assemblée, discuté les résultats obtenus par l'abbé Crud.

Il a conclu que, de « tous les cas de luxation congénitale traités à l'Institut Crud et venus à la connaissance des médecins, aucun n'a été guéri. Parfois, par suite du massage et peut-être du traitement spécial, on a pu modifier un peu l'attitude du malade, mais tous boitent encore, tous ont toujours le même raccourcissement (mesuré avec un mètre); dans aucun cas la tête fémorale n'a repris sa position normale. »

M. Vaneufville estime que l'Institut menace à la fois la Faculté libre dans son recrutement et sa dignité, et le clergé lui-même qui sera compromis après la débâcle des promesses.

(La *Province Médicale*)

Hygiène rurale.

Le beau mépris des campagnards pour tout ce qui a rapport à l'hygiène, même la plus vulgaire, est trop connu pour qu'il soit nécessaire de prouver une telle assertion. Les petites habitations rurales semblent d'ailleurs fréquemment construites de façon à jeter un véritable défi à toutes les lois de la prophylaxie. Nous nous contenterons, dans les lignes suivantes, d'indiquer quelques causes d'insalubrité que l'on y rencontre le plus fréquemment et de montrer brièvement les moyens les plus simples et les moins onéreux d'y obvier.

Si nous pénétrons à l'intérieur de mainte habitation rurale, nous remarquons immédiatement que le sol du rez-de-chaussée est simplement constitué par de la terre battue ; il en résulte comme on le conçoit bien que cette terre est continuellement souillée par l'eau de lavage, l'eau de vaisselle, les déjection des enfants et des petits animaux domestiques, tels que chiens, chats, poules et canards. Il finit donc par être infecté à un haut degré et par répandre une odeur nauséabonde qu'il est bien difficile de faire disparaître.

Ce sol battu continuellement et creusé par le balai de la ménagère est plus ou moins inégal et bosselé, il se trouve souvent même à un niveau inférieur à celui du sol extérieur. Il en résulte une tendance bien marquée à la stagnation de l'eau et, autre désagrément, passager, il est vrai, lors des fortes pluies, l'eau qui ruisselle de toutes parts finit par passer sous la porte et s'introduire à l'intérieur. Il arrive parfois aussi que le purin d'une écurie voisine vienne souiller le sol de la cuisine à la faveur d'une dépression ou d'une pente malencontreuse.

Remarquons enfin que les planchers de bois et surtout les pavés de briques présentent des inconvénients très sérieux au point de vue de la prophylaxie. Ces matériaux sont très poreux et présentent de nombreux interstices, il est donc particulièrement difficile de les nettoyer à fond; de plus, ils retiennent admirablement bien les germes des maladies infectieuses et se laissent imbiber par les déjections de toutes sortes, tels que les crachats tuberculeux ou diphtériques, les selles des typhisés ou des cholériques, etc.

Le procédé le plus économique, et permettant d'obvier d'une façon certaine à ces inconvénients, consiste à enlever la terre battue sur une épaisseur d'au moins 25 centimètres et à combler le vide qui en résulte en entassant des pierrailles, des cendres ou des machefers. On constitue ainsi un sol très résistant et peu favorable à l'humidité, sur lequel on établit une couche de maçonnerie (d'au moins une brique placée à plat); ce pavé est alors recouvert d'une couche uniforme de ciment ou d'asphalte.

Le niveau de cette surface doit se trouver à quelques centimètres au-dessus du sol extérieur. Si la maison est destinée à loger des personnes d'une propreté douteuse, il est fort à conseiller de donner une certaine pente à ce pavé de façon à conduire automatiquement au dehors les eaux malpropres qui mouillent fréquemment le sol des cuisines et des buanderies.

Le cas échéant, cette couche de ciment uniforme pourra parfaitement être remplacée par des carreaux de grès ou de céramique, d'un aspect beaucoup plus flatteur, mais aussi d'un prix de revient plus considérable.

Les murs de l'habitation doivent être autant que possible construits en pierres, les briques sont d'excellents matériaux de construction, mais constituent de véritables éponges dont on connaît les inconvénients. Quant au bois et à la terre argileuse, ils sont à rejeter complètement pour des motifs qui tombent sous le sens.

Les murs doivent être non seulement récrépis, mais *plâtrés* à l'intérieur de façon à présenter des surfaces parfaitement unies.

La zone inférieure, jusqu'à une hauteur d'environ un demi mètre, est exposée à des causes de pollution de tout genre par des éclaboussures et des contacts malpropres; aussi est-il vivement à conseiller de les faire cimenter ou au moins peindre à l'huile (0,65 à 1,00 mètre de hauteur). Cette excellente précaution permet aussi de les laver fréquemment sans les dégrader.

Dans le cas où la dépense serait jugée trop considérable, il faut au moins exiger que cette zone soit badigeonnée en couleur assez sombre et que le pied du mur soit préservé par une plinte de bois ordinaire de 15 centimètres de hauteur, peinte ou vernie.

La peinture à l'huile constitue le meilleur moyen de recouvrir les murs intérieurs. Ce procédé est très coquet et très hygiénique, malheureusement il n'est guère mis en pratique parce qu'il est assez onéreux. Les papiers de tapisserie conviennent moins bien, ils absorbent les gaz et les vapeurs, s'imprègnent de malpropretés et donnent asile aux insectes. On peut souvent les remplacer par un simple badigeonnage à la chaux, celui-ci coûte à peine plus que la main-d'œuvre minime qu'il nécessite, il donne d'excellents résultats au point de vue de l'éclairage et de la propreté, enfin sa composition est antiseptique et à ce point de vue il peut être tout spécialement indiqué.

Les plafonds. Il faut absolument proscrire les plafonds à claire-voie des petites habitations, simplement constitués par le plancher de l'étage supérieur, ils sont malpropres et dangereux; en effet, la poussière qui les recouvre est formée en grande partie par la souillure qui se détache des souliers encrassés des paysans. Or, ceux-ci marchent constamment dans le fumier, les excréments et le purin, soit dans la cour, les écuries ou même dans le voisinage des latrines.

Ces « pseudo » plafonds présentent encore le grand désagrément de permettre l'accès de l'étage supérieur à la fumée des foyers et du tabac, aux odeurs de cuisine et de nettoyage et enfin aux vapeurs provenant de l'écurie ou de l'étable, lesquelles ne sont souvent séparées de la cuisine que par un simple mur.

Pour remédier à ces défauts, il est indispensable de construire un véritable plafond, c'est-à-dire de fixer sous les poutrelles un lattis recouvert de mortier au plâtre mélangé de poils de vache, on obtient ainsi un mélange très résistant et facile à égaliser.

On doit éviter toute saillie inutile et tout recoin sauf celle de la poutre principale que l'on doit forcément maintenir. On doit aussi s'insurger contre l'habitude de suspendre au plafond des vêtements ou des provisions en grand nombre, non pas au point de vue de la diminution du cube d'air qui en résulte, mais parce que ces objets opposent un obstacle considérable au renouvellement de l'air dans les locaux où ils sont suspendus.

Les cheminées étant surtout dangereuses au point de vue de l'incendie, on doit veiller à ce qu'aucune pièce de bois et en général aucuns matériaux inflammables ne leur soient directement voisins. A ce propos rappelons aussi que les toits de chaume sont absolument à rejeter, ils doivent être remplacés par les toits de tuiles, d'ardoises ou de feuilles de zinc; les premiers sont très peu coûteux et durent très longtemps surtout s'ils sont maçonnés, comme cela se pratique couramment dans certaines régions.

Les larges cheminées à manteau tirent très mal et donnent accès au vent et à la pluie, il est nécessaire de rétrécir fortement l'extrémité supérieure et de fermer l'entrée par une tôle percée d'un orifice dans laquelle s'engage le tuyau du poêle. Une amélioration meilleure encore consiste à mener ce tuyau à travers toute la hauteur de la cheminée, il va ainsi s'ouvrir librement à l'air libre; l'intervalle restant entre ce tuyau et la maçonnerie est hermétiquement clôturé à la partie supérieure.

L'hygiène veut que ce tuyau ne soit pas muni d'une clef servant à régler le tirage, ce système est des plus pernicieux parce qu'il force des gaz de la combustion à se répandre dans les locaux habités. Le feu doit se modérer d'une tout autre façon, soit en diminuant directement l'accès de l'air au moyen d'une coulisse, soit en lui permettant de pénétrer directement dans la cheminée sans traverser le foyer.

Ecuries, étables, fours à pain, etc. Ces différents locaux

donnent lieu à des émanations susceptibles au premier chef de vicier l'air des habitations, aussi doivent-ils absolument en être séparés. Il arrive, au contraire, à l'encontre des données de l'hygiène la plus élémentaire, que ces locaux communiquent directement avec la cuisine ou les chambres à coucher. Cette situation doit être complètement modifiée; les écuries, étables, poulaillers, enclos à lapins et trous à porcs ne doivent pas même avoir de mur mitoyen avec l'habitation, ils doivent être construits vis-à-vis de celle-ci, de l'autre côté de la cour, de façon à éviter complètement toute infiltration ou tout contract direct; dans ces conditions la surveillance est tout aussi facile : l'habitant aperçoit tout son domaine d'un seul coup d'œil jeté de sa fenêtre.

Si les frais entraînés par la construction d'annexes nouvelles étaient hors de proportion avec la fortune du propriétaire, on pourrait corriger l'état de choses existant en murant la porte de communication qui réunit ces endroits aux locaux habités, et en enduisant de ciment le côté du mur mitoyen donnant dans l'étable ou l'écurie.

L'hygiène spéciale de ces annexes laisse très souvent à désirer à différents points de vue. C'est ainsi que le sol en est fréquemment constitué par une boue infecte. Le pavé en grosses pierres arrondies et inégales constitue déjà un perfectionnement appréciable; cependant, il est encore à rejeter, d'abord parce qu'il donne lieu à des interstices, profonds et nombreux, servant de réservoirs à des malpropretés fétides qu'il est illusoire de chercher à enlever par le lavage ; ensuite parce que les animaux, forcés de stationner sur ce pavé inégal, se fatiguent inutilement et prennent des positions vicieuses.

Ce qui convient le mieux, c'est d'élever légèrement le sol de l'écurie de façon à ménager une faible pente aboutissant à une rigole régnant tout le long du local et conduisant les liquides au dehors. Le pavé sera constitué par de larges dalles de pierre calcaire, du béton, ou encore par un pavé de pierres plates taillées régulièrement et enchâssées dans un lit de ciment imperméable, posé lui-même sur une très légère maçonnerie.

Fréquemment il règne une véritable obscurité dans les étables et les écuries, au grand préjudice de la santé des animaux. Les alternatives d'obscurité profonde et de lumière très vive lorsque les animaux sortent ou rentrent, fatiguent à un point considérable l'organe de la vue. La lumière exerce d'ailleurs une influence considérable sur la santé; de plus, n'oublions pas que là où il fait obscur, il fait toujours très malpropre. Cette remarque s'applique spécialement au cas qui nous occupe.

On obviera à ce désagrément en remplaçant les créneaux et les petites lucarnes par des fenêtres faciles à ouvrir, la ventilation se fera en même temps dans de bonnes conditions.

A ce point de vue rappelons les procédés que nous avons énumérés précédemment, ils trouvent ici une seconde application très utile.

L'espace compris entre le toit et le plancher de l'étage est ordinairement réservé au foin et à la paille. C'est là encore une faute grave contre l'hygiène, car ces substances alimentaires s'imprègnent continuellement d'une humidité fétide, provenant de la transpiration et du purin et ne constituent plus dès lors qu'une nourriture de qualité très inférieure.

Si cet espace est restreint, mieux vaut supprimer le plancher et augmenter ainsi le cube d'air de l'étable, en remisant le foin sous un hangar quelconque.

Dans le cas contraire, il faut établir un plafond, aérer l'étage au moyen de lucarnes dans le toit. (*Gaz. méd. de Liège.*)

Dr A. Bienfait.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le service des consultations de médecine dans les hôpitaux est ainsi assuré pour l'année 1899 par MM. :

Hôtel-Dieu, Assistant : Caussade. Assistant suppléant : Pignol.

Pitié. Assistant : Marie (Auguste). Assistant suppléant : Phulpin.

Charité. Assistant : Souques. Assistant suppléant : Magdeleine.

Saint-Antoine. Assistant : Sergent. Assistant suppléant : Claude.

Necker. Assistant : Mosny. Assistant suppléant : Péron.

Cochin. Assistant : Lesage. Assistant suppléant : Thomas André.

Beaujon. Assistant : Lion. Assistant suppléant : Hulot.

Lariboisière. Assistant : Triboulet. Assistant suppléant Papillon.

Tenon. Assistant : Auscher. Assistant suppléant : Bodin (Léonce).

Laënnec. Assistant : Claisse. Assistant suppléant : Rubé.

Bichat. Assistant : Barbier. Assistant suppléant : Dufournier.

Andral. Assistant : Lévi (Léopold). Assistant suppléant : Lantzenberg.

Broussais. Assistant : Wurtz. Assistant suppléant : Fournier (Léon).

Boucicaut. Assistant : De Gennes. Assistant suppléant : Critzmann.

Parmi les quatorze assistants de consultation, quatre sont assistants *suppléants* remplissant les fonctions d'assistant titulaire (MM. Marie, Sergent, Auscher, Lévi), les fonctions d'assistants devant normalement être tenues par des médecins des hôpitaux.

— Concours public pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris.

Ce Concours sera ouvert le mercredi 22 février 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 23 janvier 1899, et sera clos définitivement le samedi 4 février suivant, à trois heures.

— Concours pour les places d'élèves internes en pharmacie vacantes au 1er juillet 1899, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Le jeudi 16 mars 1899, à dix heures du matin, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er juillet 1899.

Les élèves qui désireront prendre part à ce Concours se-

ront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er février jusqu'au mardi 28 du même mois inclusivement.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — M. le Dr Brun est désigné pour représenter dans le conseil les chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Mérite agricole. — Par décret en date du 6 janvier 1899, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole : MM. les Drs Bordas (de Paris), Susini (d'Aullène) et Rançon, médecin principal des colonies à Pondichéry.

Corps de santé militaire. —Par décret, en date du 6 janvier 1899, rendus sur la proposition du ministre de la Guerre :

M. le médecin-inspecteur Kelsch, directeur de l'Ecole du service de santé militaire, membre du Comité technique de santé, est nommé directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce en remplacement de M. le médecin-inspecteur Mathieu, admis dans la section de réserve.

M. le médecin-inspecteur Nogier, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, est nommé directeur de l'Ecole du service de santé militaire à Lyon en remplacement de M. le médecin-inspecteur Kelsch.

— Par décision ministérielle, en date du 10 janvier 1899, sont nommés aux postes ci-après désignés :

MM. les médecins principaux de première classe : Claudot, nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée ; Gentit, nommé directeur du service de santé du 1er corps d'armée ; Blaise, nommé directeur du service de santé du 4e corps d'armée ; Benech, chargé du service médical de l'état-major du gouvernement militaire et de la place de Paris ; Bachelet, nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Nancy ; Flûteau, nommé médecin chef à l'hôpital militaire et à la place de Toul.

MM. les médecins principaux de deuxième classe : Moine, désigné pour l'hôpital militaire de Nancy ; Chevassus, pour l'hôpital militaire Saint-Martin ; Mussat, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Reims ; Calmette, pour l'hôpital militaire de Versailles ; Baudouin, nommé chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen.

MM. les médecins-majors de première classe : Sauveroche, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montauban ; Larue, désigné pour le 106e d'infanterie ; Hassler, pour l'hôpital militaire de Bordeaux ; Boisson, pour le 25e d'artillerie et le laboratoire de bactériologie de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne.

M. le médecin-major de deuxième classe : Alvernhe, affecté à la section technique du service de santé.

M. le médecin aide-major de première classe : Vigne, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe : Canel, designé pour le 6e d'artillerie ; Desse, désigné pour le 117e d'infanterie ; Chambon, pour le 22e bataillon de chasseurs à pied.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 6 janvier 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade demédecin principal. — M. le Dr Cartier, médecin de première classe.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe, Emily et Guitton.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le Concours de l'internat des Asiles s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Capgras, Roy, Mignot, Simon, Colombani, Clérambault, Moureyre, de Fontaubert, Meunier, Mlle Tobolowska, MM. Parant, Lévy.

L'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg, à l'occasion de son centenaire, a nommé membres honoraires : MM. d'Arsonval, Berthelot, Bouchard, Brouardel Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Félix Guyon, Lannelongue, Marcy, Ollier et Roux.

Société médicale des Bureaux de Bienfaisance. — La mort du Dr Bimsenstein ayant nécessité de nouvelles élections, la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance a constitué ainsi son bureau pour 1899 :

Président : Dufournier ; *Vice-Présidents* : Barbillion, Malbec ; *Secrétaire-général* : Billon ; *Secrétaires annuels* : Prieur, Dorisson ; *Trésorier* : Kinzelbach ; *Archiviste* : Castinel ; *Conseil de famille* : de Pradel, Séailles, Dr Gourichon.

Société médicale du VIIe arrondissement. — Le bureau est ainsi composé pour 1899 :

Président : M. Potherat ; *vice-présidents* : MM. Tenneson et Richardière ; *secrétaire-général* : M. Toledano ; *secrétaires* : MM. Mounier et Sottas fils ; *trésorier* : M. Alibert.

Société médicale du IXe Arrondissement. — La Société a ainsi constitué son bureau pour 1899 : *Président* : M. R. Jamin ; *Vice-Président* : M. Boissard ; *Secrétaire-général* : M. Ozenne ; *Secrétaire-général-adjoint* : M. Dagron ; *Trésorier* : M. Duboys de Lavigerie ; *Secrétaires des séances* : MM. Duvau et Millon ; *Conseil de famille* : MM. P. Garnier, Chipier, Nitot et Moizard, anciens présidents.

Hopital Saint-Antoine. — Radioscopie médicale. — Le Dr A Beclère reprendra, à l'hopital Saint-Antoine, le dimanche 15 janvier à 10 heures du matin, et continuera, les dimanches suivants à la même heure, ses conférences et exercices pratiques :

A 10 heures. — Conférence de radiologie (les rayons de Rœntgen : moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médical).

A 10 h. 1/2. — Présentation et examen radioscopique des malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie des voies urinaires, par le Dr Edgard Chevalier, chirurgien des hôpitaux de Paris. Préface de M. le professeur Guyon (de l'Institut). 1 vol. in-16 de 300 pages, avec 80 figures, cartonné 5 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Giessy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER,** 1 cuillerée à café au repas

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*